

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

801

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marc DELEAU

Né le 27 Septembre 1927, à INCHY-en-ARTOIS (Pas-de-Calais)

présentée et soutenue publiquement le

**Y A-T-IL ACTUELLEMENT
RECRUDESCENCE
DE LA SYPHILIS ?**

Président : Monsieur R. DEGOS (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

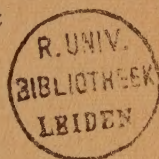
Marc DELEAU

né le 27 septembre 1927 à Inchy-en-Artois
(Pas-de-Calais)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--



Y A-T-IL ACTUELLEMENT RECRUDESCENCE
DE LA SYPHILIS ?

--

Président : Monsieur R. DEGOS (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CARNOT, CHABROL,
 CHAMPY, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE
 LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN,
 LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULO
 OLIVIER, OMBREDANNE, RICHEL, SANNIE, TANON,
 VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I. PROFESSEURS

	MM
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education } phys. et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd. et sociale	BERNARD J.
Carcinologie	OBERLING
Chimie Méd.	JAYLE
(Hôtel-Dieu	MENEGAUX
Clinique Chir. { Broussais	SICARD
{ Salpêtrière	MOULONGUET
{ Cochin	QUENU
Clin. chir. cardio-vasc.	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBI- GNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile } et d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chir.	(PETIT-- DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA

ique des maladies mentales de l'encéphale	DELAY
ique du diabète sucré et s maladies de la nutrition	BOULIN
ique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY J. BESANÇON MOREAU de GENNES
iques Médicales	DEBRAY PASTEUR V.-R. LANTUEJOUL VARANGOT LA COMME
ique méd.hydro-climat.thér.	RENARD
ique médicale propédeutique	AUBIN
iques Obstétricales	HAMBURGER
ique ophtalmologique	HEUYER
ique oto-rhino-laryngologique	COSTE
ique physio-pathol. des problèmes alimentaires	DECHAUME
ique psychiatrique infantile	FEY
ique rhumatologique	GIROUD
ique stomatologique	LAMY
ique urologique	SOULIE
ologie	VERNE
ti que	TURPIN
oire de la Méd.et de la Chir.	JOANNON
ologie	DESCILLE
ène et Clinique lère Enfance	PIEDELIEVRE
ène et Méd. Préventive	GALLIARD
cine du Travail	N...
cine Légale	LAVIER
sitologie et hist.nat.méd.	LENEGRE
ologie chirurgicale	MERKLEN
ologie exotique	DECOURT
. expérimentale et comparée	GARCIN
. Hum. et Immun. exp.	Julien MARIE
ologie médicale	HAZARD
. et Thérapeut. générales	DOGNON
atrie sociale	BINE
macologie et matière méd.	STROHL
ico-chimie méd.(ch.t.pers.)	DESGREZ
ologie	PATEL
ique médicale	BROUET
ologie médicale	SENEQUE
inique Chirurgicale	LEMAIRE
rapeutique	
rapeutique chirurgicale	
rapeutique médicale	

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
	(CABROL	Parasito.	BRUMPT
Anatomie	(DEBEYRE	Parasito.	CHABAUD
	(DELMAS		(ABOULKER
	(OLIVIER G.		(BARCAT
	(Melle GAU-		(BAUMANN
Ana. Path.	(THIER V.		(CAUCHOIX
	(BUSSE		(DUBOST
	(GOUYGOU		(FAUREL
Bactériolo-	(CHRISTOL	Pat. chir.	(FLABEAU
gie	(NEVOT		(GERMAIN
Biol. Méd.	(BOURLIERE		(GOSSET
	(DESGREZ		(LAURENCE
Chimie méd.	(ETTORI		(LORTAT-JACOB
	(POLONOVSKI (J)		(MATHEY
	(SCHAPIRA		(OLIVIER (Cl.
Dermato-syphil.	(DUPERRAT		(POILLEUX
Embryologie	(TUCHMANN		(THOMERET
	(BULLIARD		(VERNE (J M)
Histologie	(COUJARD	Pat. expé-	(LOEPER
	(N..	riment.	(MAURICE
Hydrologie	(CORNET		(BOUVIER
	(BOYER		(BOUDIN
Hygiène	(DEPARIS		(BRICAIRE
Mal. infect.	(BASTIN		(BRISSAUD
Médecine	(ALBAHARY		(CASTAIGNE
légale et	(DEROBER		(CONTE
du	(GAULTIER		(DEROT
Travail	(HADENGUE	Pat. méd.	(DOMART
Neurochir.	(DAVID		(LAMOTTE
Neurologie	(LHERMITTE		(LAROCHE
	(GRASSET		(MACREZ
	(LE LORIER		(MILLIEZ
	(LEPAGE		(PEQUIGNOT
Obstétrique	(MERGER		(PERRAULT
	(MORIN		(RAMBERT
	(RAVINA		(ROYER
	(ROBEY		(THIEFFRY
	(BREGEAT		(TURIAF
Ophtalmologie	(DESVIGNES		(WOLFRAMM
	(JUDET		(JOSEPH
Orthopédie	(AUBRY	Pédiatrie	(POLONOVSKI C
Oto-rhino-	(MADURO		(MOZZICONACCI
laryngo.			

	MM.		MM.
accol.	{ Melle LEVY	Psychiatrie	{ BARUK
	{ CHEYMOL		{ PICHOT
	{ BARGETON	Psych. infant.	MICHAUX
ol.	{ DEJOURS	Rhumatologie	DELBARRE
	{ PARROT	Stomatologie	{ CHAPUT Mme
que }	{ DJOURNO		{ CERNEA
ale }	{ GOUGEROT	Thérapeut.	CHASSAGNE
o-phthis.	KREIS	Urologie	KUSS

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l' EXERCICE
pour le Service des Examens

GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Clinique opht.	OFFRET
	{ HUGUIER	Urologie	COUVELAIRE
ique }	{ LEGER		{ DREYFUS
ir. }	{ PADOVANI	Clinique }	{ HAGUENAU
	{ ROUX	méd. }	{ KOURILSKY
	{ RUDLER		{ MARCHAL
que }	{ ECALLE		
ir. }	{ MAYER		

aire Général de la Faculté.....M. MOREL
aire-Adjoint.....Melle CHAINTREUIL

othécaire en Chef.....Dr HAHN
rvateur.....Melle GOICHON
(Melles DUMAITRE
LE NOIR
METIN
QUIEVREUX

délibération en date du 9 décembre 1798,
e a arrêté que les opinions émises dans
ssertations qui lui seront présentées,
t être considérées comme propres à
auteurs et qu'elle n'entend leur donner
approbation ni improbation.

A mes Parents

Qu'ils trouvent ici
l'expression de ma
profonde gratitude.

A mon Oncle, le Docteur Jean MESPLOMB

Qui m'a inspiré cette thèse.

Il m'a toujours orienté et
guidé au cours de mes
études avec une paternelle
sollicitude, me faisant béné-
ficiaire de sa grande expérience
médicale.

A Monsieur le Professeur R. DEGOS

Professeur de Clinique des Maladies
Cutanées et Syphilitiques à la
Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux et
reconnaissant pour la cordia-
lité de son accueil.

mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

à tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail.

mon Jury de Thèse.

Y A-T-IL ACTUELLEMENT RECRUDESCENCE
DE LA SYPHILIS ?

-:-

INTRODUCTION

-:-

L'introduction de la pénicilline dans le traitement de la syphilis a marqué un tournant décisif dans l'épidémiologie de cette maladie. Les chiffres sont là, individuels ou globaux, pour démontrer un réel recul de la maladie dans le monde.

Cependant, la partie est loin d'être gagnée, et les résultats proclamés par les statistiques demandent à être interprétés avec prudence. En particulier, ils ne sauraient être invoqués pour un relâchement de la vigilance dans la lutte antivénérienne.

Divers arguments, en effet, viennent modérer l'enthousiasme que pourrait susciter un recul numérique indiscutable des cas de syphilis enregistrés ces dernières années. Tout d'abord les éléments de comparaison. Comme tout fléau social, la syphilis est soumise à de larges fluctuations, les unes paraissant spontanées et assez inexplicables, les autres, fonction directe des faits sociaux, économiques, politiques mêmes. Ensuite, si les cas récents, cliniquement patents, sont en régression pour ces dernières années, en régression sur des chiffres qui précisément ont été peut-être exagérément gonflés du fait de ces conditions économiques, sociales ou politiques, les syphilis sérologiques ne semblent que très modérément participer à cette régression, de même, semble-t-il, que les syphilis congénitales. On doit donc réserver

l'avenir, et ne pas considérer comme impossible une accentuation de cette reprise de la syphilis, signalée dans divers pays et par divers auteurs pour les toutes dernières statistiques publiées..

Il n'en reste pas moins que les cas de syphilis primo-secondaire sont passés en France (chiffres ne concernant évidemment que les cas déclarés) de 12.094 en 1945 à 1.282 en 1953, soit une chute de 88 pour 100 ; mais dans le même temps, la blennorragie n'a diminué que de 54 pour 100, les chiffres tombant de 34.787 cas déclarés en 1945 à 16.151 en 1953. Pourtant contre les deux maladies le traitement antibiotique a été appliqué avec des résultats heureux que l'on connaît. Il faut donc incriminer d'autres facteurs, dans la diminution numérique des cas, que la seule thérapeutique moderne.

Fluctuations spontanées ou relevant de facteurs généraux communs à toutes les questions épidémiologiques, la vigilance ne doit en tous cas pas se relâcher, car les raisons qui provoquent la recrudescence des maladies vénériennes restent présentes, et toujours capables d'agir défavorablement en favorisant la reprise des cas et de leur propagation.

C'est dans ce sens que nous nous proposons d'entreprendre la présente étude.

Dans une première partie, nous avons réuni des statistiques, nationales et mondiales, qui donnent une idée numérique de l'épidémiologie de la syphilis dans le monde, ces dix dernières années en particulier. A des chiffres, anormalement élevés par suite de conditions générales, établis à la fin de la dernière guerre, s'opposent des taux très abaissés

sans doute à la fois par la disparition des facteurs présents pendant la guerre, et par l'efficacité d'une orientation thérapeutique nouvelle.

Quant à l'absence de parallélisme entre la chute numérique des syphilis primo-secondaires et des syphilis sérologiques et même congénitales, nous l'exposerons, par des chiffres encore, dans la seconde partie de notre travail.

Dans la troisième partie, nous verrons ce que sont les résultats thérapeutiques depuis l'emploi des antibiotiques : succès totaux d'abord, apparition d'une résistance microbienne sans doute, en tous cas les résultats sont nettement moins spectaculaires actuellement qu'ils ne le furent au début de l'antibiothérapie. Que l'on se rappelle les succès à 100 % des sulfamides dans la blennorrhagie, et la proportion actuelle de 50 % de succès, la nécessité, pour l'autre moitié des cas, de revenir aux adjuvants locaux.

Ces résultats objectifs : régression des cas cliniques, persistance des cas sérologiques, efficacité indiscutable du traitement actuel de la syphilis, serviront de base à une discussion d'où nous chercherons à dégager quelques conclusions, dominées par la nécessité de poursuivre la lutte antivénérienne.

PREMIERE PARTIE

-:-

ETUDE STATISTIQUE DE LA REGRESSION
DE LA SYPHILIS

-:-

On peut dire que dans tous les pays du monde, les statistiques font état d'une nette régression numérique des cas de syphilis primo-secondaire déclarés par les dispensaires publics, comme le montre le Bulletin de l'Institut National d'Hygiène. A ces chiffres, favorables cependant, il y aura lieu d'opposer l'augmentation généralisée des cas entre 1938 et 1944.

Voici d'abord les chiffres français. On trouve une chute de 92 % si l'on compare les 15.454 cas de syphilis primo-secondaire déclarés par les dispensaires en 1946 et le chiffre de 1156 pour l'année 1955.

La Conférence Maritime de Naples tenue en septembre 1955 a indiqué pour le seul port de Marseille que 87 marins ont été traités en 1948 pour syphilis primo-secondaire, contre 12 seulement en 1953, soit une diminution de 86,2 %.

Les chiffres officiels des cas déclarés depuis 1945 ont d'ailleurs été pour les syphilis primo-secondaires de 12.094 en 1945, de 15.454 en 1946, de 12.255 en 1947, de 8.681 en 1948, de 4.819 en 1949, de 2.703 en 1950, de 1.998 en 1951, de 1.874 en 1952 et de 1.282 en 1953. Cette diminution de 88 % entre 1946 et 1953 est généralement attribuée au large emploi de la pénicilline dans le traitement de la syphilis.

sur des collectivités déterminées, montrent également, toujours en France cette chute portant surtout sur les syphilis primo-secondaires.

PAGES et TOMARI ont publié les résultats obtenus par eux en milieu militaire. Le nombre des cas dépistés a connu une diminution globale considérable entre 1946 et 1955, puisque 279 cas de syphilis ont été constatés en 1947 et 74 seulement en 1954. Cette chute, intéressant surtout, nous l'avons dit, les syphilis primo-secondaires, doit selon ces auteurs être interprétée par le retour à la normale des conditions épidémiologiques. Par contre, un dépistage limité au département des Alpes Maritimes a montré une augmentation des cas de syphilis primo-secondaires entre 1953 et 1957. En 1953, onze cas ont été notés, quinze cas en 1954, seize cas en 1955, trente deux cas en 1956, et vingt-trois cas entre le 1er janvier et le 10 avril 1957, pour les seules agglomérations de Cannes et de Nice. Aussi PELLEGRIN parle-t-il de "retour offensif de la syphilis".

Dans les autres pays du monde, la régression des cas a été également établie entre la fin des hostilités et 1955. C'est ce qui ressort des statistiques globales ou locales. En Italie, COFFARI indique qu'en 1937, 28.088 cas de syphilis récente avaient été enregistrés, contre 3.461 en 1951, soit une réduction de 87,6 %. Pour le seul port de Gênes, 36 marins s'étaient faits traiter en 1948, et 10 seulement en 1953, soit une baisse de 72,2 %. Au Pirée, 142 marins ont été vus pour syphilis récente en 1948, et 35 seulement en 1953, soit une baisse de 75,3%. Pour 16 ports Méditerranéens, en Turquie, à Chypre, nous trouvons en 1949, que 1479 marins

ont été traités pour syphilis récente, contre 504 seulement en 1953, soit une diminution de 55,9 %. DUMITRIU signale qu'en Roumanie les cas de syphilis récente sont tombés dans le même temps de 85 % entre 1950 et 1956.

ELIOT signale qu'à Oslo, en 1943 on a vu 27 cas nouveaux de syphilis contre 2 en 1951, soit une chute de 92,5 %.

Des faits analogues sont observés aux Etats-Unis, où MOORE montre que 107.000 cas de syphilis primo-secondaire ont été vus en 1947, et 12.000 seulement en 1952, soit une chute de 88,9 %. ROSENTHAL indique que dans la ville de New-York, on a vu en 1945, 5.164 cas de syphilis récente, et 617 seulement en 1954, soit une réduction de 88,1 %. Une diminution de 78,8 % est établie par CLARK pour l'Etat de Montana, entre 1948 où l'on a vu 682 cas, et 1954 où il n'y en a plus eu que 44.

Le Canada accuse une chute de 88,1 % puisqu'à Montréal, DUSSAULT a vu 4.523 cas de syphilis récente déclarés en 1944 et 550 cas en 1955.

Chiffres réconfortants au premier abord, puisque partout les cas de syphilis primo-secondaire sont en régression importante, la chute étant, selon les pays de 66 à 92 pour 100. Ce recul s'expliquait par l'emploi de la pénicilline, qui en écourtant la maladie et donc la phase de contagiosité, limitait la diffusion habituelle de la maladie à partir d'un infecté.

Les plus optimistes ont envisagé la disparition de la syphilis dans le monde, et en tous cas le relâchement de la lutte antivénérienne, qui représente un si lourd fardeau pour la collectivité.

Mais en réfléchissant à ces chiffres, on s'est demandé (en France TOURAINE a en particulier consacré à la question des travaux des plus documentés) si cette chute était aussi réelle que les chiffres semblaient l'indiquer. C'est-à-dire que les points de comparaison autorisant cette chute pouvaient être jugés discutables. Nous nous expliquons : Pour qu'il y ait diminution, il faut que les chiffres élevés par rapport auxquels la chute s'est effectuée, représentent un index épidémiologique normal, moyen, non gonflé par des circonstances particulières qui ne se renouvelleront peut-être pas de sitôt. Il faudrait donc pouvoir prendre, comme point de comparaison, une période épidémiologiquement stable; si toutefois ces deux termes ne sont pas précisément en flagrante opposition.

Or, précisément, les chiffres nous indiquent, sans discussion possible, qu'entre 1940 et 1946 par exemple, la proportion des cas de syphilis primo-secondaire déclarés s'est considérablement accrue. Autrement dit, les taux de 1946 étaient des chiffres de pointe ; et la diminution ultérieure, cependant trop accentuée pour n'être due qu'à la seule élévation anormale du taux de départ, doit être amputée de cette élévation initiale du premier terme de la comparaison.

Autre argument qui vient affaiblir la valeur de cette chute spectaculaire de la fréquence de la syphilis récente, et nous y reviendrons plus loin, la diminution beaucoup moins importante des syphilis sérologiques, latentes.

Entre 1940 et 1946, la France a connu une très nette augmentation des cas de syphilis récente ; et, les années qui ont précédé la guerre et l'enflure des chiffres, ont donné

des proportions relativement stables, donc beaucoup plus aptes à être prises comme base de comparaison. CAVAILLON a indiqué qu'à Paris et dans le département de la Seine, la syphilis primo-secondaire a été de 496 cas en 1940 et de 1560 cas en 1946, ce qui correspond à une augmentation de 214 % ; dans 16 villes du Nord de la France, les chiffres sont passés de 137 cas en 1940 à 609 cas en 1946, soit une augmentation de 338 % ; dans 13 villes du Sud de la France, on trouve 238 cas en 1940 et 522 cas en 1946, soit une augmentation de 219 %.

AUJALEU et PEQUIGNOT ont fait porter leur enquête sur 39 villes françaises, avec 38 cas pour 100.000 habitants en 1938, 39 cas en 1939, et 65 cas en 1942 (soit une augmentation de 71 %), et 87 cas enfin en 1944, soit une augmentation de 129 %. Les chiffres ont la même signification à l'étranger. C'est ainsi qu'en Grande-Bretagne, l'augmentation entre 1938 (13.162 cas déclarés) et 1944 (30.697 cas) a été de 133 %. En Belgique le chiffre a passé de 1.796 cas nouveaux en 1942 à 1944 pour les six premiers mois de l'année 1944. En Hollande, l'augmentation a été de 258 % entre 1931 et 1944. En Allemagne, le chiffre a doublé, 23 cas nouveaux par 100.000 habitants en 1938; et 43 cas en 1940; entre 1939 et 1948, les statistiques allemandes parlent de 30 cas en 1948 pour un cas en 1939. D'autres ramènent ce taux à 20 pour 1.

La Scandinavie parle en bloc d'une augmentation de 200 à 500 %. En détail, on trouve en Suède 311 nouveaux cas en 1940, 953 nouveaux cas en 1943, 815 nouveaux cas pour huit mois de 1944, soit une augmentation de plus de 200 %. La Norvège (qui subit la guerre l'occupation et ses conséquences économiques et politiques) accuse une augmentation de

525 %, puisqu'entre 1922 et 1944 elle enregistrait 800 nouveaux cas par an, 326 seulement en 1940, mais 2.037 en 1943, puis 852 pour moins de la moitié de l'année 1944. La Finlande connut une poussée analogue, faisant monter le chiffre de 300 à 400 cas annuels entre 1922 et 1926, à 2.056 cas en 1934 et 4.111 cas pour les dix premiers mois de l'année 1944.

Les statistiques danoises parlent d'une augmentation de l'ordre de 380 % pour cette même période : 250 à 300 cas annuels entre 1900 et 1926, sauf toutefois 600 à 700 cas par an entre 1914 et 1918, puis 498 cas en 1940, 2.392 cas en 1943 ; 2.225 cas en sept mois de l'année 1944.

Les Etats-Unis'ont connu une augmentation moindre, mais encore substantielle : 56 % si l'on compare les 67.958 cas de syphilis primo-secondaire déclarés en 1941 avec les 106.594 cas nouveaux déclarés en 1947.

Si ces chiffres de pointe sont exclus, et que l'on prend pour base de comparaison les taux d'avant-guerre, on voit qu'entre la fréquence de 1939 par exemple et celle de 1953 la baisse de la fréquence de la maladie est beaucoup moins importante. Et lorsqu'on considère le recul en France, il n'est plus de 92,2 %, mais en réalité de 73,7 % seulement, si l'on retient les chiffres non pas de 1946, mais de 1938 : on trouve alors 38 cas pour 100.000 habitants à cette date, et en 1955, 28 cas pour 100.000 habitants.

Ces faits, comme l'a bien montré TOURAINE, laissent persister une baisse de la fréquence des cas de syphilis primo-secondaire nouveaux et annuels, jusque vers 1953, mais réduisent

considérablement cette baisse.

Une autre notion à faire intervenir dans l'appréciation de ce recul est celle des fluctuations spontanées des maladies vénériennes en général, de la syphilis en particulier.

Depuis que les services officiels enregistrent les maladies, on voit que la courbe connaît des pointes et des dépressions, que n'expliquent pas toujours les modifications thérapeutiques, les conditions démographiques, sociales, économiques, historiques générales. L'ensemble de la courbe ainsi construite fait apparaître une sorte de rythme relativement régulier, et place l'année 1946 dans une amorce de creux qui va en s'accroissant dans les années qui suivent, alors qu'à partir de 1953-1955 la courbe se redresse nettement, nous allons le voir. Fait curieux, ces périodes de recrudescence de la maladie se situent de préférence dans les périodes de prospérité économique, alors que les diminutions des cas de syphilis occupent plutôt les périodes de régression économique (GJESSING).

Les statistiques très récentes, à partir de 1954, qu'elles soient françaises ou étrangères, traduisent une nouvelle recrudescence de la syphilis, dans ses formes primo-secondaires. Les dispensaires publics français ont indiqué, comme cas nouveaux, 252 pour le premier trimestre 1955, 244 cas pour le second, 262 pour le troisième et 398 pour le quatrième, soit le total de 1.156 cas pour l'année 1955. En 1956, les trois premiers trimestres ont donné 371, 345 et 350 cas, soit 1.066 pour neuf mois - ce qui donnerait si le dernier trimestre égalait la moyenne des trois premiers, un total de 1420 cas nouveaux.

La moyenne trimestrielle de 1956 est donc de 355, contre 325 en 1953 et 305 en 1954. Il s'agit donc d'un relèvement de la fréquence des nouveaux cas, qui représente une augmentation de l'ordre de 30 %. Calculée par 100.000 habitants, la syphilis primo-secondaire a été de 4,5 en 1952, de 2,9 en 1953, de 2,7 en 1955 mais de 3,4 en 1956.

Même augmentation à Nice, où l'on trouve 10 cas primo-secondaires en 1953, huit cas en 1954 mais treize cas en 1955. De même l'Institut Fournier indique que 457 enquêtes ont été faites pour syphilis récente en 1955 et 863 en 1956, ce qui représente une augmentation de 86,5 %.

D'autres pays dans le monde indiquent une augmentation des cas de syphilis primo-secondaire pour ces dernières années. Aux Etats-Unis, cette recrudescence est signalée dans différents Etats, et elle est parfois estimée à 100 %.

L'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne, la Yougo-Slavie, ont publié des statistiques globales ou partielles qui toutes accusent une reprise des cas de syphilis récente, non négligeable, en particulier à partir de 1955.

°°°

Tous les chiffres cités, pour montrer d'abord un fléchissement considérable de la maladie, puis sa légère et récente reprise, concernent les cas nouveaux de syphilis, les formes primo-secondaires.

Il sera intéressant de se demander comment, pour les mêmes périodes, se comportent les syphilis sérologiques, soit latentes, soit reconnues. Nous allons voir, ce qui n'a pas manqué de frapper les observateurs avant nous, une divergence, ou tout au moins une absence de parallélisme des courbes de variation des syphilis primo-secondaires, d'une part, des syphilis sérologiques, d'autre part. Ce qui infirme encore la valeur trop superficiellement attachée à la chute des cas primo-secondaires des années qui ont suivi immédiatement la dernière guerre.

DEUXIEME PARTIE

--

PERSISTANCE DES SYPHILIS

SEROLOGIQUES

--

La pratique des réactions sérologiques systématiques, à l'occasion des examens prénuptiaux, prénataux, chez les prostituées, permet d'établir pour un pays donné la fréquence des formes sérologiques de la maladie. Ces dernières années, nous avons dit que la syphilis primo-secondaire, après avoir connu un véritable effondrement après guerre, avait tendance à présenter une nouvelle recrudescence tout en demeurant encore bien en-deçà des chiffres de pointe.

Cet effondrement ne semble pas avoir été suivi par les formes purement sérologiques, qui n'ont connu pour la même période qu'une relativement faible diminution.

Des statistiques françaises nous renseignent sur ce point avec précision.

C'est ainsi que dans l'ensemble des dispensaires, il a été pratiqué en France, en 1949 : 155.332 examens, dont 11,5 % ont été positifs ;
en 1951, sur 121.713 examens sérologiques, 11,6 % ont été positifs ;
en 1955, sur 102.592 examens, 12,2 % ont été positifs ;

en 1956 sur 94.117 examens, 12,3 % ont donné des réponses positives.

Dans l'ensemble, la proportion des sérologies positives reste donc assez constante, tout au plus note-t-on une légère tendance à l'augmentation. Cependant, nous avons indiqué une augmentation très nette des cas nouveaux dépistés ces dernières années dans le département des Alpes Maritimes ; en même temps, la sérologie a révélé un nombre toujours croissant de syphilis latentes, avec une augmentation de 140 % en cinq ans, entre 1950 et 1954.

Les statistiques étrangères donnent des indications analogues. Augmentation des réponses sérologiques de l'ordre de 30 % en Italie, entre 1937 et 1951; alors qu'aux Etats-Unis, pour une diminution de 88 % des syphilis primo-secondaires entre 1947 et 1952, on ne trouve qu'une baisse de 64,8 %, dans le même temps, pour les formes sérologiques latentes.

Un fait apparaît dans les diverses statistiques : la grande fréquence des syphilis latentes, que seule la sérologie a dépisté. Or, un certain nombre de ces formes latentes, sérologiques pures, sont encore proches de la phase primo-secondaire qui est, on le sait, contagieuse. On voit alors le rôle joué par ces formes latentes dans l'épidémiologie de la maladie, et la nécessité d'un dépistage plus précoce encore.

La Journée Nationale de Prophylaxie anti-vénérienne, qui s'est tenue à Nancy en juin 1955, a été marquée par l'exposé de résultats

d'enquêtes du plus haut intérêt. Les chiffres ont montré en effet que pour toute la population française, 1 pour 100 des individus a présenté une sérologie positive avec des variations locales d'ailleurs. Les examens prénuptiaux qui s'adressent surtout à des jeunes, ont donné une proportion de réponses positives plus faible que ce taux de 1 % : 0,33 % en 1955, 0,54 % en 1953, 0,55 % en 1951 et 0,75 % en 1949.

Les examens périnataux ont donné des chiffres en décroissance mais plus lente que celle des cas nouveaux de syphilis primo-secondaire. Les chiffres calculés uniquement chez les Assurés Sociaux ont donné une fréquence de réponses sérologiques positives nettement plus grande, passant de 1,98 % en 1949 à 2,97 % en 1953 et à 3,26 % en 1955.

Cette fréquence a été de 1,8 à 2 % lorsque l'examen sérologique est fait pour demande de naturalisation. Chez les travailleurs étrangers, la proportion est plus élevée, et elle devient considérable chez les Nord-Africains, où elle atteint parfois 12 et même 33 %. Les détenus ont montré un déclin des réponses sérologiques positives, avec 5,66 % en 1949 et 2,31 en 1953.

Les prostituées surveillées ont vu les réponses sérologiques positives décliner, 0,7 % en 1949 et 0,2 % en 1955 alors que chez les prostituées clandestines, la fréquence passait de 1,3 % en 1949 à 3,5 % en 1955 : on voit là une des raisons de la reprise de la maladie.

Nous ne prolongerons pas à l'infini ces

chiffres, disons simplement que dans divers pays, la sérologie positive a tendance à augmenter avec évidemment de grandes différences selon les catégories de sujets chez qui elle est sollicitée. En Allemagne, aux Etats-Unis, on souligne l'augmentation de fréquence de la syphilis chez les jeunes. Enfin, dans certaines régions, la sérologie est positive dans une forte proportion de la population prise dans son ensemble. Citons à ce propos un chiffre qui nous intéresse particulièrement, établi par LAPEYSSONIE pour l'Algérie en 1955 : une sérologie positive, recherchée sans sélection d'aucune sorte, a été trouvée chez 22,6 % des sujets examinés.

Le taux français est donc inférieur à 1 %. Mais ce chiffre signifie encore que 400.000 syphilitiques n'ont été dépistés que par la sérologie. La proportion de syphilis primo-secondaire de ces cas va de 2 à 6 % selon les régions, en moyenne 3 %. Il existait donc 10 ou 12.000 syphilis récentes, contagieuses. PAGES et TOMARI, insistant sur la diminution globale considérable des syphilis primo-secondaires entre 1946 et 1955, ce qu'ils attribuent au retour à la normale des conditions épidémiologiques, soulignent qu'entre 1946 et 1955 le taux des formes sérologiques s'est maintenu égal, ce qui s'explique par la multiplication des examens sérologiques systématiques.

°°°

DUTREY enfin a apporté les résultats du dépistage systématique de la syphilis chez 21.437 recrues. En utilisant diverses réactions, il a été dépisté 13 cas soit une

proportion de 0,60 pour 1.000. Il s'agit donc d'une proportion faible chez ces recrues de 20 ans, la proportion maxima ayant été en 1952 de 0,86 pour 1.000. En 1954 sur les 4.430 sérums examinés, aucun ne donna de réponse positive. Par contre, chez les seuls Nord-Africains, la proportion a été de 49 pour 1.000.

Il faut donc retenir que si les chiffres exprimant les cas de syphilis récente ont connu une forte baisse, avec d'ailleurs une actuelle recrudescence, la chute des sérologies positives a été beaucoup moins accentuée.

Il semble en être de même pour les syphilis congénitales. La baisse ne semble en effet avoir été que de 24,4 % entre 1941 et 1949 aux Etats-Unis (statistique de SCHEELE) alors que les formes primo-secondaires ont connu un véritable effondrement dans ce pays. Il y a là une discordance très difficile à expliquer.

Voyons maintenant dans quelle mesure la thérapeutique peut - on non - être rendue responsable des fluctuations observées dans la fréquence de la syphilis.

TROISIEME PARTIE

-:-

-:-

LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

-:-

GOUGEROT, en 1953, indiquait "une révolution dans la syphiligraphie" grâce à la pénicilline. A cette date, il dégagait trois tendances thérapeutiques :

- celle de REIN, à New-York, qui faisait une injection unique de 2.400.000 U de pénicilline retard ;

- celle de GRACIANSKY et GRUPPER, qui faisaient trois injections de 3.000.000 U de pénicilline-retard à une semaine d'intervalle ;

- celle de BOLGERT et LEVY enfin, qui pratiquaient trois injections intra-veineuses de cyanure de mercure, quelques injections de pénicilline à doses croissantes, puis 1.000.000 d'unités par jour pendant quinze jours consécutifs.

Pour DEGOS et GOUGEROT, il était préférable de donner au malade la double chance du traitement par la pénicilline et par le bismuth. COHEN, en 1954, indiquait, peu après, les résultats du traitement moderne des syphilis jeunes, primaires ou secondaires. Il faisait état de deux groupes de vingt malades traités par une série de 15 millions d'U de pénicilline et une série de 15 mutha-

nol., en commençant, dans un groupe par la pénicilline, dans l'autre groupe par le muthanol. Les examens sérologiques faits après les deux séries ont donné :

- pour le premier groupe :

13 B.W. négatifs, trois douteux, quatre positifs, qui furent négativés après la deuxième série ;

- pour le second groupe :

18 B.W. négatifs, deux douteux, ceux-là négativés après la cure de pénicilline. Il y a donc lieu de pratiquer en premier lieu la série bismuthique.

TOURAINE insistait récemment sur le pouvoir remarquable des antibiotiques pour blanchir rapidement les malades contagieux, et par conséquent, pour supprimer rapidement leur infectiosité et empêcher la dissémination de la maladie. Mais, cet auteur se demandait si les antibiotiques interviennent bien, seuls, dans la diminution actuelle des maladies vénériennes, si celle-ci obéissent également à un certain rythme de poussées et de rémissions qui date de bien avant l'emploi des antibiotiques. Le dépistage clinique ou sérologique des cas inconnus, méconnus ou latents reste indépendant des antibiotiques.

La statistique de PAGES et TOMARI porte également sur les résultats du dépistage sérologique systématique qui a fait considérablement diminuer la syphilis sans la faire totalement disparaître.

Ils ont insisté sur la rareté des formes tertiaires et viscérales, sur la curabilité des

formes primaires et secondaires.

On arrive donc aux propositions suivantes :

- diminution considérable des cas nouveaux de syphilis, mais reprise récente susceptible d'annoncer une nouvelle recrudescence épidémiologique, échappant donc aux méthodes pourtant bénéfiques, indiscutables, et du dépistage sérologique, et du traitement antibiotique ; il est possible que cette recrudescence s'affirme, et que l'on doive à nouveau faire face à une multiplication des cas de syphilis ;

- absence de parallélisme entre la chute des cas cliniques et la diminution des cas sérologiques ainsi que des formes congénitales de la maladie.

La conclusion pratique est évidemment que rien ne doit être changé dans la lutte contre la maladie, dans sa prophylaxie et son traitement. C'est à ce dernier point que nous allons consacrer les pages qui terminent notre travail.

DISCUSSION

-:-

Pour conclure, nous voudrions insister sur deux aspects du problème de la syphilis :

- tout d'abord les facteurs favorisant sa recrudescence, actuelle ou passée, et sur lesquels les antibiotiques ne semblent pas être les seuls à agir ;
- ensuite, la conservation des mesures de prophylaxie.

° ° °

Peut-on expliquer les fluctuations de l'épidémiologie syphilitique lorsque celle-ci ne semblent pas en rapport direct avec des progrès de la thérapeutique ?

Un fait est certain ; avec des traitements toujours aussi appropriés et efficaces, avec des méthodes de dépistage sérologiques systématique, on assiste cependant aujourd'hui à une recrudescence de la maladie, comme il s'en est produit déjà, à maintes reprises, alors que le traitement n'était pas aussi rapide et efficace, que les réactions sérologiques n'étaient pas aussi sensibles ni aussi généralisées.

Il est possible que sur le plan national,

des failles, des lacunes subsistent encore dans notre armement de lutte antivénérienne. Celle-ci demeure égale à elle-même, et cependant, tout se passe comme si certains facteurs s'opposaient à la disparition de la maladie, mieux encore, comme si ils l'entretenaient, ou même favorisaient sa recrudescence.

Pour chaque cas particulier, ces facteurs peuvent jouer. Car certains malades ignorent leur maladie, la dissimulent, ou la laissent évoluer, et sont le point de départ de contagion, de diffusion de la maladie. C'est pourquoi TOURAINE demande qu'une intensification de l'éducation du public soit entreprise, montrant : qu'il s'agit là d'une maladie comme une autre, sans caractère "honteux" ; d'une maladie parfaitement curable, d'évolution bénigne si elle est traitée à temps. Enfin, les conséquences pour l'individu, pour autrui, pour sa descendance doivent être mises en évidence.

L'éducation du grand public est une nécessité. Mais le médecin devant une syphilis, y pense-t-il toujours suffisamment ? Les formes récentes, les plus redoutables puisque contagieuses, sont en pratique assez rarement vues du praticien qui les connaît davantage en théorie. Car il y a quelques années encore, cette forme échappait pratiquement aux services hospitaliers, qui ne voyaient que les formes plus avancées. Les cas primo-secondaires non dépistés et diagnostiqués sont alors à l'origine de petites épidémies familiales, et constituent en tous cas de redoutables foyers à partir desquels la maladie va se propager.

Il faudrait aussi que tous les cas de syphilis à la phase contagieuse soient déclarés par le médecin traitant, afin que l'étude épidémiologique de la maladie repose sur des bases concrètes.

Dans tout cas nouveau, on devrait pouvoir remonter la filière jusqu'au contact infectant primitif, ce qui diminuerait le foyer et réduirait les risques ultérieurs de propagation.

Par ailleurs, des conditions générales semblent bien rendre compte des fluctuations épidémiologiques observées.

Il est assez curieux de constater que la fréquence de la syphilis augmente en périodes de prospérité et qu'elle diminue en temps de crise. La prospérité de chacun assure une circulation accélérée de l'argent, une multiplication des individus à vie large, dans laquelle figure hélas l'entretien des prostituées, donc l'extension de la maladie. "A prospérité, floraison de la prostitution et des maladies vénériennes ; à crise, diminution du nombre des prostituées, et des contaminations" (RENAULT et TOURAINE).

Ce parallélisme entre la prospérité et la recrudescence des maladies vénériennes n'est d'ailleurs pas propre à notre seul pays, et les auteurs étrangers ont fait les mêmes constatations.

Les poussées épidémiques de syphilis s'expliquent également par les mouvements de population, et c'est là sans doute qu'il faut chercher le rôle favorisant des guerres, avec présence de troupes, clientèle toujours prête

pour les prostituées. On a cité, comme conditions susceptibles d'augmenter les cas de contamination, les guerres, les occupations en territoire ennemi, les expéditions coloniales, les expositions universelles, et même les grands pèlerinages...

Les statistiques montrent également le rôle favorisant bien qu'à un degré moindre des réjouissances publiques, collectives ou locales. On admet le rôle excitant la sexualité de ces réunions, bals, fêtes foraines, etc... TOURAINE indique que les fêtes nationales, les foires, les kermesses, les comices, sont marqués par une recrudescence des maladies vénériennes.

Y a-t-il des mesures susceptibles d'enrayer la recrudescence locale ou générale de la maladie ? L'armement antivénérien actuellement en place montre toute son efficacité en atténuant certainement les poussées épidémiologiques, qui restent en deçà de ce qu'elles seraient si l'on demeurerait inactifs.

Il s'agit avant tout du dépistage de la maladie par les examens sérologiques systématiques dans les collectivités et maintenant, à l'occasion, des grands événements de la vie : mariage, grossesse. Il s'agit de mesures sociales, qui ont un profond retentissement sur la santé publique, et l'on ne peut qu'applaudir aux mesures telles que le certificat prénuptial, les examens prénataux, qui protègent l'enfant à naître, la surveillance des assurés sociaux. Par ailleurs, les dispensaires, les services de consultation et hospitaliers, sont là pour accueillir le malade, le rassurer, le traiter.

Cette lutte antivénérienne porte sur les campagnes contre la prostitution, sur l'éducation sexuelle, sur les mesures prises pour le relèvement moral et social de la population.

Le traitement antibiotique systématique des prostituées n'a pas été adopté ; s'il a l'avantage de limiter la contagiosité de ces malades , il risque aussi de les blanchir à tort, de les rendre réfractaires au traitement actif toujours possible ultérieurement. Depuis la suppression des maisons closes, la prostitution est surtout clandestine, et par là beaucoup plus difficile à surveiller.

L'apport de sujets contagieux d'origine étrangère est également une question à traiter. Les Nord-Africains, les travailleurs étrangers, les sujets qui viennent demander leur naturalisation, et qui sont de ce fait soumis à l'examen sérologique, présentent, nous l'avons vu, une inquiétante proportion de réponses positives. TOURAINE a demandé à cet égard que le rideau de protection soit plus solide pour l'entrée en France.

Un fait se dégage de ces statistiques et de leurs commentaires : si le traitement antibiotique est d'une extrême efficacité pour les cas dépistés ou reconnus, en permettant une rapide cessation de la contagiosité, en abrégant l'évolution de la maladie et en supprimant les complications et les séquelles, les mesures de prophylaxie ne doivent pas pour autant se relâcher, car le traitement antibiotique n'agit que sur les foyers reconnus, et n'en révèle pas d'autres. C'est donc surtout la multiplication des examens sérologiques de dépistage

qui demeure de première nécessité, et avec, parallèlement, la poursuite, l'intensification des moyens d'éducation du grand public.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

I.- Il est toujours difficile de donner aux statistiques, même les plus dignes de foi, une signification indiscutable. C'est pourquoi les courbes qui montrent, de façon certes indéniable, une baisse considérable de la fréquence de la syphilis durant ces vingt dernières années, doivent cependant être étudiées de près si on ne veut pas leur donner une signification erronée.

II.- Entre la fin de la dernière guerre, et ces dernières années, on a pu constater en effet un recul extrêmement net de la syphilis, en particulier en ce qui concerne ses formes primo-secondaires, donc contagieuses. Mais ce recul a été bien moindre pour les formes sérologiques, latentes, et pour les syphilis congénitales.

III.- A vrai dire, les années 1945-1946 sont de mauvais points de comparaison pour affirmer la régression ultérieure de la maladie, parce que les périodes troubles sont toujours marquées par une recrudescence des maladies vénériennes. Pour calculer l'ampleur de la régression, il faut donc se référer aux années qui ont précédé la dernière guerre. On constate alors un recul, mais plus mesuré. Enfin ces toutes dernières années sont marquées, au contraire, par une reprise des cas nouveaux dépistés.

IV.- Ainsi, malgré la poursuite d'une lutte antivénérienne active et efficace,

malgré le traitement antibiotique dont la valeur ne saurait être discutée, la syphilis est capable de connaître de nouvelles extensions, et de poursuivre ses fluctuations épidémiologiques échappant aux moyens mis en oeuvre pour les juguler. Tout au plus sont-elles atténuées.

V.- Il serait donc criminel de faire état des antibiotiques pour desserrer les moyens de lutte contre la syphilis, moyens qui demeurent absolument indispensables si l'on ne veut pas assister à une aggravation dramatique de la tendance actuelle à la recrudescence de la maladie. Il faut donc multiplier les examens de dépistage, les moyens de traitement, améliorer l'éducation du public, protéger le pays contre les apports extérieurs ; malgré les antibiotiques, malgré le dépistage systématique, la syphilis, en recul, n'a pas disparu.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : R. DEGOS	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l' Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

-:-

F. COHEN

Réflexions sur le traitement actuel
des syphilis jeunes
Soc. Franç. Dermatol. 10 juin 1954

R. DEGOS

La syphilis acquise et héréditaire
Paris, Maloine, 1948 in 12 - XII
pages 173 à 198 et 385 à 387

P. DUREL

La morbidité gonococcique persiste.
Nécessité de prévenir les réinfections
Presse Médicale LXV pages 829-831
1er mai 1957

DUTREY, OLIVIER, BENAZET, REBOUL

Enquête sérologique en vue du dépistage de la syphilis chez 21.437
recrues
Presse Médicale LXIII pages 1.027-
1.028, 9 Juillet 1955

J. GADRAT

L'évolution du traitement de la syphilis
Soc. Méd. Chir. Toulouse 26 mai 1953

G. GARNIER, BAILLON, P. DUREL

Y a-t-il une augmentation des syphilis
sérologiques depuis l'utilisation
de la pénicilline ?
Soc. Franç. Dermatol. 12 Juillet 1956

R. GIACARDY

Sur la relativité du test sérologique, son importance en sérologie sociale, et sa correction nécessaire par l'intercontrôle.
Thèse de Bordeaux 1950

GIRAUD, JAUBERT

Incidences médico-sociales du dépistage sérologique, systématique, particulièrement dans le cas des syphilis sérologiques latentes dites irréductibles.
Soc. Franç. Dermatol. Filiale Marseillaise, 18 décembre 1954

GJESTLAND

La syphilis non traitée. Enquête épidémiologique en Norvège
Acta Dermato-vénéral. XXXV suppl.
n° 34 8° 368 pp. et add. 96 pp.

H. GOUGEROT

Révolution dans la syphilithérapie, grâce à la pénicilline.
Les trois tendances dans le traitement de la syphilis récente.
Bull. Acad. Méd. 1er décembre 1953

Cl. HURIEZ

A propos du congrès international sur les trépomatoses et maladies vénériennes à Washington.
Soc. Franç. Dermatol. 12 juillet 1956

P. L'EPEE, PAUTRIZEL, LAZARINI

Les méthodes actuelles de diagnostic biologique de la syphilis en médecine légale et en médecine

sociale.

XXVIème Congrès Méd. Leg. Méd.
Soc. Méd. Travail Langue Franç.
Luxembourg, 29 mai 1953

PELLEGRIN, SCHMIDL

Retour offensif de la syphi-
lis dans les Alpes Maritimes
Soc. Franç. Dermatol. Filiale
Marseillaise 13 avr. 1957

F. PAGES, V. TOMARI

1 propos de 1.000 cas de syphi-
lis en milieu militaire. Aspect
clinique et épidémiologique.
Soc. Méd. Mil. Franç. 11 Oct. 1956

J. ROUSSET

Résultats du dépistage systémati-
que de la syphilis dans les pri-
sons de Lyon au cours de la der-
nière période décennale.
Soc. Fr. Dermatol. 25 Mars 1955

A. TOURAINE

Doit-on atténuer la lutte anti-
vénérienne ?
Presse Méd. LXIII pages 1067-
1068, 23 juillet 1955

A. TOURAINE

Epidémiologie de la syphilis
et facteurs éventuels de la ten-
dance actuelle à sa recrudescence.
Presse Médicale LXV pages 1851-
1854 16 nov. 1957

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
Introduction	13
Première Partie	
Etude statistique de la régres- sion de la syphilis	16
Deuxième Partie	
Persistance des syphilis sérologiques	25
Troisième Partie	
Les résultats thérapeutiques	30
Discussion	33
Conclusions	39
Renseignements bibliographiques	41

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

